

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 7 Juillet 1897, à 1 heure

PAR

V. THÉSÉE

Né à Lesneven (Finistère) le 16 avril 1872

Ancien externe des Hôpitaux de Lille et de la Maternité Sainte-Anne

Ancien interne des blessés de l'industrie

Membre correspondant de la Société anatomo-clinique de Lille

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DÉCUBITUS ACUTUS

Complication possible de l'Hystérectomie vaginale

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

HUMBERT et TUFFIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 7 Juillet 1897, à 1 heure

PAR

V. THÉSÉE

Né à Lesneven (Finistère) le 16 avril 1872

Ancien externe des Hôpitaux de Lille et de la Maternité Sainte-Anne

Ancien interne des blessés de l'industrie

Membre correspondant de la Société anatomo-clinique de Lille

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DÉCUBITUS ACUTUS

*Complication possible de l'Hystérectomie vaginale**Président :* M. TILLAUX, professeur.*Juges :* MM. TERRIER, professeur.

HUMBERT et TUFFIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	Mathias DUVAL
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	FOUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULENNE.
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	GRANCHER.
dies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies syphilitiques.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	FOURNIER.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires...	GUYON
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	WALTER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WEISS.
DELBET.	NETTER.	WIDAL.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WURTZ.
GILBERT.	trav. anatomiques.	
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE, LE DOCTEUR BERGOT

A MON ONCLE, EUGÈNE MANUEL

Inspecteur général de l'Université
Commandeur de la Légion d'honneur

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUERMOMPRESZ

Professeur à la Faculté libre de Lille
Commandeur de Grégoire-le-Grand

A MES PROFESSEURS

De la Faculté libre de médecine de Lille

A MES PROFESSEURS

De la Faculté de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAX

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

L'hystérectomie vaginale quoique étant une opération de date relativement récente, a donné lieu déjà à des travaux innombrables.

Mais la plupart portent ou sur la discussion de ses indications ou sur les différents procédés opératoires. Quelques-uns seulement traitent des complications possibles consécutives à cette intervention. Or parmi ces complications il en est une, assez rare à la vérité, mais qui nous a paru particulièrement intéressante : c'est la production d'eschares à la région sacrée ou à la région fessière.

A l'époque même ou dans la revue de gynécologie, M. Segond, professeur agrégé de cette Faculté et Chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière, publiait un article dans lequel il appelait l'attention sur ce sujet nous eûmes l'occasion d'observer à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Lucas-Championnière, chirurgien de cet hôpital, un cas du même genre. Il nous intéressa vivement et la pensée nous vint d'étudier de plus près ce détail de pratique chirurgicale et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous ne nous dissimulions point ce que cette étude avait de difficile, les faits de ce genre étant peu nombreux et leur interprétation encore fort obscure.

Nous avons parcouru autant que possible les travaux s'occupant directement de la question ou tout au moins pouvant y apporter quelques éclaircissements. Nous avons groupé un certain nombre d'observations éparses dans différents auteurs et nous avons eu la bonne fortune d'en découvrir deux nouvelles.

Nous aidant de toutes ces ressources, nous avons essayé de faire une sorte de monographie.

Nous n'avons pas la prétention de l'avoir faite complète. C'est un point qui appelle de nouveaux travaux et de nouvelles recherches. Il serait intéressant de faire une étude histologique des nerfs du petit bassin chez des femmes décédées après avoir présenté cette complication.

Mais les autopsies sont rares, non seulement en raison de la rareté de la lésion elle-même ; mais encore de la bénignité de son pronostic.

Toutefois nous serons heureux et nous considérerons notre but comme atteint, si notre travail quelque modeste qu'il soit, peut apporter un élément utile dans l'étude de ce point particulier de la pathologie postopératoire.

Mais avant d'entreprendre notre travail nous nous en voudrions de ne pas adresser nos remerciements à nos Professeurs de la Faculté libre de Lille et à nos Professeurs de la Faculté de Paris pour l'excellent enseignement dont nous leurs sommes redevables.

Nous tenons à remercier spécialement MM. les Professeurs Duret et Guermomprez pour la grande bienveillance qu'ils nous ont témoigné pendant le cours de nos études.

Que M. le Professeur Tillaux qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse reçoive particulièrement l'assurance de notre gratitude.



Historique

Les travaux sont peu nombreux sur la question du décubitus acutus post opératoire venant compliquer les suites de l'hystérectomie, et cela pour une double raison : la première c'est d'abord la rareté de cet accident, la seconde tient peut-être à ce que certains opérateurs, comme nous le verrons plus loin, n'y ont attaché aucune importance, le regardant comme un phénomène banal, ne se rattachant pas d'une manière directe au traumatisme opératoire.

Cependant, dès le commencement de 1892, MM. Terrier et Hartmann publiant une statistique de 18 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus, mentionnaient dans 5 observations la formation d'eschares plus ou moins étendues dans les régions fessière et sacrée, sans toutefois y insister autrement.

Le premier travail, à notre connaissance où l'on ait fait une étude particulière de ces accidents, les considérant nettement comme une complication post opératoire possible, est la thèse de Baudron en 1894.

Baudron donne un bon résumé de l'évolution clinique des lésions, montrant leur analogie avec le décubitus acutus d'origine centrale décrit par Charcot et avant lui par Samuel. C'est la même rapidité d'apparition et de

formation, la même lenteur de réparation, avec cette différence toutefois que le pronostic en est bénin, et Baudron conclut en émettant l'idée qu'il s'agit là de véritables troubles trophiques, dus au pincement ou à la dilacération des filets nerveux du petit bassin au cours de l'intervention opératoire.

Au congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pœdiatrie de Bordeaux en 1895, M. Legueu, chirurgien des hôpitaux, apportait deux nouveaux cas. Pour cet auteur, il s'agit encore de troubles trophiques, mais ils ne se produiraient qu'à la suite d'interventions particulièrement laborieuses.

Tel n'est pas l'avis de M. Segond qui dans le remarquable travail publié dans le n° de janvier-février 1897 de la Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, pense qu'il s'agit bien effectivement d'un trouble trophique, mais ce trouble trophique peut se produire après l'opération la plus simple tout aussi bien qu'après la plus compliquée. Il suffit que les filets nerveux aient été irrités par une cause quelconque, pincement ou tiraillement, pour que, par voie réflexe, des troubles trophiques puissent s'ensuivre.

Nous n'insisterons pas plus longuement ici sur ces diverses théories, leur examen devant trouver place dans notre chapitre suivant consacré à l'étiologie.

Étiologie

Ce qu'il faut d'abord faire ressortir, c'est la *rareté* de la lésion qui nous occupe.

Sur 200 observations d'hystérectomie vaginale citées dans la thèse de Baudron et se rapportant toutes à des cas où l'intervention avait été faite pour des fibromes ou des lésions des annexes, nous n'en avons trouvé que six (voir observations n^{os} VI, VII, VIII, IX, X, XI). A ces 200 observations, M. Segond en a ajouté 342 autres, où il fait rentrer des hystérectomies répondant à des indications variées, fibromes, cancers, tumeurs annexielles, suppurations pelviennes, sans avoir eu l'occasion d'observer de nouveaux cas de décubitus acutus, ce qui fait en somme 6 cas pour 542, soit une moyenne de 1,10 0/0.

Nous avons parcouru diverses statistiques publiées par M. Richelot, dans son ouvrage sur « *l'hystérectomie contre le cancer et les affections non cancéreuses* ».

Dans une première série de 44 hystérectomies pour cancers et dans une seconde de 230 hystérectomies pour suppurations pelviennes et autres affections du petit bassin, il n'en cite aucun exemple. Toutefois, dans une communication orale, M. Richelot a bien voulu nous dire et nous autoriser à le publier, que sur un total actuel d'environ 625 opérations, il avait vu 5 ou 6 fois la production

d'eschares, soit une moyenne plus faible encore que celle de M. Segond.

Mais, comme nous le verrons tout à l'heure, il n'y attache aucune importance et ne considère pas que ce soit la peine de les consigner dans une observation.

Même absence de cas dans les statistiques de M. Doyen qui nous a dit n'en avoir jamais observé.

La proportion serait plus forte si nous prenions les statistiques de M. Legueu au Congrès de Bordeaux (2 cas sur 15) et de MM. Terrier et Hartmann en 1892 (5 cas sur 18).

Mais ce sont là des statistiques trop peu nombreuses pour qu'il soit possible d'en tirer des conclusions. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de faire quelques réflexions tout à l'heure sur cette statistique si intéressante de MM. Terrier et Hartmann.

• L'âge paraîtrait, d'après M. Segond, jouer un certain rôle comme cause prédisposante, et il fait remarquer que les six opérées chez lesquelles il a observé des eschares étaient des femmes jeunes; la plus âgée n'avait que 36 ans, la plus jeune en avait 19.

Toutefois cette influence de l'âge ne nous paraît pas avoir grande importance. Parmi les 5 malades qui font l'objet des observations que nous avons empruntées à la statistique de MM. Terrier et Hartmann, une seule avait 24 ans, les autres étaient des femmes de 34, 39, 41 et 63 ans. Ce n'est là d'ailleurs qu'un point tout à fait secondaire.

La nature de la lésion qui a nécessité l'intervention

paraîtrait au contraire jouer un certain rôle ; tandis que dans les 200 cas de Baudron où l'on n'a relevé que 6 cas de décubitus acutus, il ne s'agissait que de fibrômes, de lésions inflammatoires des annexes, dans les 18 cas de MM. Terrier et Hartmann on en relève 5 : mais ces 18 cas s'adressaient tous à des cancers de l'utérus.

Il en est de même de la *durée* de l'affection. A ce point de vue les lésions anciennes semblent favoriser tout particulièrement l'apparition de cette complication et sur les 6 cas de Baudron, une seule fois il s'agissait d'une suppuration pelvienne d'origine puerpérale, de date relativement récente. Dans les cinq autres, où il s'agissait aussi de lésions inflammatoires des annexes ou de phlegmasies périutérines, les malades souffraient depuis des années.

La *longueur* et les *difficultés* de l'opération constituaient d'après M. Legüeu deux facteurs des plus importants. Tel n'est pas l'avis de M. Segond qui fait remarquer que dans les 6 cas observés par lui et cités par Baudron, un seul avait présenté au point de vue opératoire des difficultés réelles et l'intervention avait demandé une heure ; dans les cinq autres elle avait été des plus simples et avait duré de 20 à 40 minutes.

Et M. Segond ajoute ces mots qui résument ce que nous venons de dire :

« Considérant que dans un grand nombre d'hysterec-
« tomies très laborieuses, faites pour de gros fibrômes non
« compliqués de lésions inflammatoires irritatives, le dé-
« cubitus acutus ne s'est jamais montré, n'est-il pas na-

« turel de se demander si la prédisposition cherchée ne
« se trouve pas réalisée surtout chez les femmes atteintes de
« phlegmasies utérines plus ou moins anciennes et suscep-
« tibles de provoquer dans les nerfs du voisinage des
« lésions irritatives larvées, si je puis ainsi dire, qui
« trouvent dans le traumatisme opératoire les conditions
« voulues pour s'aggraver et se propager? ».

Si les causes prédisposantes de cette complication sont comme on le voit assez obscures, il n'est pas beaucoup plus facile d'en expliquer le mécanisme. Ici encore plusieurs théories sont en présence.

Nous devons faire observer tout d'abord que des chirurgiens éminents et entre autres M. Richelot qui dans la communication orale dont nous avons déjà parlé a bien voulu nous dire que telle était son opinion, ne considèrent nullement la production d'eschares sacrées ou fessières comme constituant ce que l'on est convenu d'appeler à proprement parler une complication ; en d'autres termes ce serait un accident banal, non imputable à l'hystérectomie en elle-même.

Mais en vérité, comme le fait si clairement ressortir M. Segond, il y a entre les divers cas, une telle identité dans les symptômes, une telle régularité dans leur apparition et leur évolution, qu'il est bien difficile de regarder tout cela comme de simples coïncidences et de n'y pas voir une relation de cause à effet.

On a cherché tout d'abord à invoquer la *compression*, soit par le lit, soit par un séjour trop prolongé sur la table

d'opération. Or, en ce qui concerne cette seconde hypothèse, nous avons vu tout à l'heure que la durée des manœuvres et par suite du séjour de la patiente sur la table ne semblait pas avoir une bien grande influence. La première n'est guère plus admissible. Il n'est guère acceptable en effet que la compression soit seule en cause chez des femmes qui sont demeurées couchées des semaines et quelquefois des mois avant leur opération, sans qu'il se produisit trace d'eschares, alors que trois ou quatre jours après, l'eschare apparaît brusquement.

On peut objecter il est vrai, qu'avant l'opération, la femme, tout en restant couchée, pouvait cependant changer de position dans son lit, alors qu'après l'intervention elle est condamnée au décubitus dorsal absolu. Mais la valeur de cette objection diminue si l'on considère qu'il est en chirurgie quantité d'autres cas, certaines fractures par exemple, nécessitant un décubitus dorsal tout aussi sévère et bien autrement prolongé sans que l'on ait jamais l'occasion d'observer la production d'eschares, tout au moins à formation aussi précoce et aussi rapide.

Car, et ce n'est pas le point le moins intéressant de leur histoire, ce qu'il y a de remarquable surtout dans les eschares consécutives à l'hysterectomie vaginale, c'est précisément la *précocité* de leur apparition et la *rapidité* avec laquelle elles sont définitivement constituées.

En présence de cette précocité et de cette rapidité, on est amené à penser que la compression, si elle joue un rôle ne peut jouer qu'un rôle secondaire et dès lors une autre

hypothèse se présente naturellement à l'esprit, celle des troubles trophiques sous la dépendance du système nerveux.

Et de fait, comme nous le verrons en étudiant les symptômes, l'évolution des eschares sacrées, consécutive à l'hystérectomie paraît pour ainsi dire calquée sur celle de la lésion décrite d'abord par Samuel sous le nom de *décubitus acutus* et dont Charcot plus tard a si magistralement repris et complété l'histoire.

Sans doute, comme le dit Charcot, le *décubitus acutus* est consécutif surtout à des lésions irritatives de la moelle et Samuel émettait une opinion inexacte en le plaçant sous la dépendance exclusive d'une altération des ganglions spinaux et des nerfs périphériques. Mais tout en s'élevant contre cette théorie trop étroite de Samuel, Charcot reconnaît cependant qu'elle peut être vraie dans certains cas. « Ce n'est pas à dire cependant; ajoute-t-il, « que les lésions irritatives des nerfs périphériques et « peut-être aussi celle des ganglions spinaux, ne puissent « avoir quelquefois pour effet de déterminer la formation « rapide d'eschares. Sans doute les exemples publiés de « nécrose dermique développée en conséquence de la « piqûre, de la section incomplète ou encore de la section d'un nerf sont assez rares ; mais plusieurs d'entre « eux sont tout à fait convaincants ».

Et à l'appui de cette assertion, l'auteur rapporte le cas d'une femme de la Salpêtrière. « Elle portait dans le « flanc gauche une énorme tumeur fibreuse qui comprenait dans le bassin les origines des nerfs sciatique et

« crural du membre inférieur correspondant. Il en était
« résulté un état parétique de ce membre, accompagné
« de douleurs vives suivant le trajet des principaux troncs
« nerveux. On s'aperçut un matin, peu de temps après
« l'apparition des symptômes de compression qu'une
« eschare s'était développée rapidement sur la partie gau-
« che au voisinage de la région sacrée ; de plus la face
« interne du genou gauche dans un point que le genou
« droit avait comprimé pendant longtemps en raison de
« l'attitude que la malade avait gardée pendant la nuit,
« présentait plusieurs bulles pemphigoïdes remplies d'un
« liquide brunâtre qui bientôt firent place à une eschare.
« Il ne s'était produit absolument rien de semblable au
« genou droit ».

Il rappelle encore ce fait déjà signalé par Rayet, que le zona spontané, qui résulte de l'inflammation d'un nerf est susceptible de déterminer des modifications plus ou moins profondes de la peau et cela, sans que l'on puisse invoquer l'influence de la compression.

Enfin il conclut en ces termes : « Pour ce qui est relatif au décubitus aigu du siège, je suis très porté à croire que dans un certain nombre de cas, il doit être rattaché à une lésion irritative des nerfs de la queue de cheval. »

Ainsi donc, voilà un fait bien établi : une lésion irritative des filets nerveux est susceptible d'amener la production d'eschares. Or il n'est pas contestable que dans l'hystérectomie vaginale, on court le risque de tirailler, de dilacerer ou de pincer des filets nerveux, accidents capa-

bles de déterminer le processus irritatif qui entraînera la production de la lésion.

On remarquera qu'il y aurait là une certaine analogie avec ce qui se passe dans les cas de paralysie réflexe d'origine utérine ou annexielle. Niées pendant longtemps après avoir été signalées par Listranc, leur existence ne saurait être aujourd'hui révoquée en doute, après l'observation si curieuse publiée en 1894 par M. Monod, d'une femme atteinte tout à la fois de prolapsus utérin et de troubles moteurs des membres inférieurs si prononcés qu'il lui était impossible de soulever les talons du lit. Elle ne présentait d'ailleurs aucun trouble hystérique. Elle guérit immédiatement après l'hystérectomie, ne gardant qu'une certaine faiblesse dans les membres inférieurs.

Que de pareils faits ne soient pas entièrement explicables par la théorie réflexe pure, que l'on admette avec Gallard que leur production n'est possible qu'à la condition qu'il y ait « compression des branches du plexus sacré » ou encore « extension jusqu'au tissu nerveux ou tout au moins jusqu'au névrilemme de la phlegmasie environnante », peu importe ; une chose n'en subsiste pas moins : c'est qu'une cause agissant sur les nerfs du petit bassin et plus particulièrement sur les plexus nerveux utéro-annexiels peut provoquer des troubles moteurs à distance... pourquoi la fonction trophique des nerfs ne serait-elle pas susceptible d'être atteinte aussi bien que leur fonction motrice ? Pour le dire en passant, l'opinion de Gallard sur la nécessité de l'extension au tissu nerveux

de la phlegmasie environnante, tendrait à venir à l'appui de ce que nous disions plus haut de l'influence possible de l'ancienneté des lésions sur la production des eschares, les filets nerveux étant pour ainsi dire enflammés chroniquement par voisinage ou tout au moins irrités de longue date.

D'ailleurs ce n'est pas seulement après l'hystérectomie que la production d'eschares a été signalée. M. Segond en a observé un cas après une ischio-pubiotomie pratiquée à la clinique Baudelocque, dans le service du professeur Pinard. Leprévost, du Havre, attirait l'attention du Congrès de chirurgie, en 1892, sur leur fréquence relative à la suite de l'opération de Kraske pour cancer du rectum et il les considère lui aussi comme étant d'origine nerveuse.

Morestin, dans sa thèse inaugurale, tout en les croyant beaucoup plus rares que ne le dit Leprévost, les met comme lui sur le compte de troubles trophiques.

C'est en vain qu'on objecterait pour détruire l'analogie qui existe entre ces eschares et le décubitus *acutus* de Samuel et de Charcot que ce décubitus est ordinairement médian, et que les eschares en question sont latérales. Ce n'est là qu'un détail. Charcot lui-même admet que la lésion cutanée peut être unilatérale même dans le cas d'eschare consécutive à une lésion médullaire pourvu que cette dernière soit elle-même unilatérale ; à plus forte raison l'analogie persiste-t-elle tout entière si l'on admet comme nous l'avons vu que l'eschare peut être consécutive à une irritation des nerfs périphériques. Au reste cette

donnée du siège est si loin de présenter une valeur absolue, que Charcot ajoutait en décrivant la lésion : « Elle « occupe le siège le plus habituellement, mais elle peut se « développer aussi à peu près indifféremment sur toutes « les parties du tronc ou des membres soumis dans le « décubitus à une pression quelque peu durable. Une « pression des plus légères et de très courte durée suffit « même pour la faire apparaître dans certains cas. Enfin « il est d'autres cas, à la vérité très exceptionnels, où elle « paraît se produire sans l'intervention de la moindre « pression ou de tout autre cause occasionnelle du même « genre ».

Pourquoi, à vrai dire, ces accidents sont-ils si rares ? Il y a là évidemment de quoi surprendre. N'y a-t-il que des prédispositions individuelles ?

Nous avons déjà dit qu'il fallait tenir compte de la nature de l'affection primitive.

Dans les observations que nous avons réunies, il s'agit, ou de cancer, affection cachectisante entre toutes, ou de suppurations pelviennes de date ancienne. Une seule se rapporte à un fibrôme, mais la malade était dans un état de faiblesse voisin de la cachexie. Tout cela paraît constituer des causes prédisposantes d'une valeur indéniable.

Il ne semble pas comme le fait remarquer justement M. Segond, qu'on puisse faire intervenir l'infection... il ne pourrait en tous cas être question que d'une infection purement locale, les phénomènes généraux quand ils exis-

tent paraissant liés, comme nous le verrons à l'évolution de l'eschare elle-même. Or, rien absolument n'autorise à penser que cette infection existe, même locale...

L'anatomie pathologique ne nous donne aucun renseignement sur ce point. Dans le seul cas de mort que nous ayons trouvé, un accident de laboratoire a rendu impossible l'examen des nerfs recueillis.

Mais si le mécanisme intime de ces accidents nous échappe, il nous paraît cependant bien évident après toutes les analogies que nous avons tâché de faire ressortir, qu'il s'agit bien de troubles trophiques, comme le veut M. Segond, d'accord avec M. Babinski :

« Cette pathogénie me paraît évidente, dit-il, et je suis
« heureux que mon collègue et ami Babinski partage cette
« manière de voir. J'ai eu la bonne fortune de pouvoir lui
« demander son avis à propos d'une de mes opérées et
« pour lui diagnostic et pathogénie ne souffraient pas dis-
« cussion. Il a nettement conclu à l'existence d'un décu-
« bitus acutus consécutif à une irritation mécanique des
« nerfs du bassin ».

L'examen des symptômes que nous allons maintenant entreprendre ne fera que confirmer cette manière de voir.



Symptômes

Dans la plupart des observations que nous avons recueillies, on insiste peu sur la description des eschares. On se borne à les signaler et il n'y a pas lieu d'en être surpris, car l'attention n'ayant pas été attirée sur ces accidents, on n'y rattachait aucune importance. Cependant, si brièvement qu'elles soient mentionnées, il se dégage de ces observations, pour peu qu'on les lise attentivement des particularités bien caractéristiques.

Ce qui domine toute la symptomatologie des eschares sacrées, consécutives à l'hystérectomie, ce qui leur donne un cachet spécial, c'est leur début et la date à peu près constante de leur apparition. la *rapidité* avec laquelle elles se constituent, la *lenteur* avec laquelle elles se repèrent.

Si on se reporte aux observations citées à la fin de cette thèse, on voit que la complication qui nous occupe est en somme une complication précoce.

Sur les 15 cas que nous rapportons en effet on voit que dans 4 l'eschare est apparue le 3^e jour ; 2 dans le 4^e ; 3 dans le 5^e ; 1 dans le 6^e ; 3 dans le 7^e, mais dans trois de ces derniers cas, l'escharification était absolument complète et il est probable qu'elles avaient débuté auparavant, tout en restant inaperçues.

Une seule fois l'eschare a été découverte au douzième jour ; mais là encore, la lésion était si étendue et si complète qu'il est probable qu'elle avait débuté antérieurement.

Enfin, dans une autre observation, l'eschare est signalée dans la région sacrée, mais la date de son apparition n'est pas mentionnée.

On peut donc dire que d'une manière à peu près constante, c'est du 3^e au 5^e ou 6^e jour que se montre le *décubitus acutus*. Il est définitivement constitué en moins de 12 jours.

Mais s'il est à peu près fixe en ce qui concerne sa date d'apparition, son mode de début est susceptible de présenter quelques variations.

Tantôt un signe précurseur met en éveil la patiente et le chirurgien. C'est une sensation douloureuse de chaleur ou de cuisson dans la région sacrée, sensation que la pression du lit exaspère. Si l'on regarde le point douloureux, on aperçoit dès ce moment dans la région fessière ou sacrée, ordinairement d'un seul côté ; quelquefois des deux, une plaque érythémateuse à contours plus ou moins réguliers d'un rouge plus ou moins foncé et de dimensions plus ou moins étendues suivant les cas.

Tantôt au contraire, le début est absolument insidieux, la lésion commence et se développe sans que la malade en ait conscience. C'est ce qui ressort clairement de l'histoire de la malade qui fait l'objet de l'observation n° XIV. Cherchant vainement la cause de l'élévation de la tempé-

rature et de l'agitation de la patiente sans songer à regarder du côté du sacrum, on la presse de questions auxquelles elle répond qu'elle « se sent bien et qu'elle ne souffre de nulle part » et ce n'est que le lendemain, en la mettant en position pour changer son pansement qu'on trouve à la région sacrée une eschare ayant à peu près la dimension de la paume de la main, avec destruction complète des téguments. Autour, la peau est rougeâtre mais ne présente pas traces d'inflammation.

Il ne paraît pas douteux que le début puisse s'accompagner de phénomènes généraux, bien que la plupart des observations que nous avons lues soient incomplètes à ce sujet. Pour M. Segond c'est une règle presque absolue... « La température s'est toujours élevée, dit-il à propos des cas qu'il a observés, et l'état général est devenu plus ou moins mauvais. » — L'observation n° XIV vient encore sur ce point à l'appui de l'opinion de M. Segond. La température qui avait atteint 38°, le premier soir, 37° 8 le lendemain, était tombée à la normale après l'ablation des pinces... Le soir du 5^e jour, alors que tout allait bien, la température monte à 39° en même temps qu'apparaît de l'agitation sans que rien puisse expliquer ces accidents qui persistent.

Ainsi donc pour résumer ce que nous venons de dire :

Le décubitus acutus peut débiter insidieusement ou s'annoncer par l'apparition de signes douloureux dans la région menacée d'en devenir le siège. A part des cas exceptionnels, la période de ce début oscille entre des

limites assez étroites, du 3^e au 6^e jour et il s'accompagne le plus souvent d'élévation thermique et d'une aggravation de l'état général.

Son évolution a une physionomie plus distincte encore : c'est la *rapidité*. M. Segond la résume ainsi :

« En quelques heures, production de bulles à contenu
« roussâtre sur la plaque érythémateuse primitive, et,
« deux ou trois jours après, constitution d'une eschare
« proprement dite, large au moins comme la paume de la
« main et comprenant toute l'épaisseur des parties molles
« jusqu'à l'os. »

Il semble même que parfois la marche puisse être plus rapide encore, puisque dans la plupart de nos observations, on ne s'est aperçu du danger d'eschare qu'alors que la dénudation était déjà produite.

Une fois constituée la lésion, tantôt reste immobile, tantôt au contraire a tendance à envahir les parties voisines (Observations XII et XIII).

Par contre la période de réparation se montre toujours d'une lenteur excessive.

Dans les observations nos I, II, III, XI, les malades sont parties de l'hôpital avant guérison complète des plaies. Or chez les deux premières malades, l'eschare datait déjà d'un mois ; chez la III^e elle n'avait que 15 jours, mais l'observation porte que « les plaies provenant des eschares sont *loin d'être cicatrisées*. » Dans l'observation n° XI la cicatrisation quoique très avancée n'était pas encore achevée au bout d'un mois.

Dans les observations n° IV et n° X, la cicatrisation a demandé un temps relativement court, 16 jours dans la première, 13 jours dans la seconde. Mais il s'agissait, on a soin de le mentionner, d'une petite eschare (n° IV), d'une eschare grande comme une pièce de 5 fr. (n° X).

Dans l'observation n° VII, nous voyons que la cicatrisation a demandé 1 mois, elle a demandé 6 semaines pour le n° VIII. Pour le n° VI on ne parle pas de la date de guérison de l'eschare. On dit seulement que la guérison fut retardée par une large eschare au sacrum qui fut constituée le 5^e jour. Or, la malade opérée le 23 août, ne put quitter l'hôpital que le 28 octobre, bien que son état général lui permit de se lever au bout de 4 semaines.

Dans les observations XII et XIII, reproduites d'après M. Legueu, les dates ne sont pas mentionnées, mais l'auteur insiste sur la lenteur de la réparation.

Dans l'observation n° XV la cicatrisation a demandé 7 semaines.

Au reste, la cicatrisation se fait suivant les phases ordinaires de réparation. Nous n'avons pas à y insister.

Si maintenant nous jetons une vue d'ensemble sur ces symptômes que nous avons essayé de décrire, n'est-il pas vrai que ce début brusque, à caractères si nettement tranchés, cette évolution rapide, à marche presque foudroyante, cette lenteur extrême de réparation, ne rappellent en aucune façon ce que l'on voit dans les variétés habituelles d'eschares, qu'elles proviennent d'éruptions quelconques, furonculeuses ou autres, ou encore de com-

pression due à un décubitus trop prolongé, ou à un appareil appliqué d'une façon défectueuse. Là, au contraire, les accidents ne se produisent qu'avec lenteur et leur réparation se fait relativement vite, parce qu'il ne s'agit en pareil cas, suivant l'expression de Charcot, que d'une *nécrose dermique* frappant un lambeau isolé de tissus, mais les tissus environnants n'étant pas atteints dans leur vitalité, peuvent réagir avec énergie.

Par contre, quelle analogie avec le décubitus acutus tel que le décrit Charcot ! Faisant ressortir la différence qui existe entre lui et les éruptions et lésions cutanées de tout genre qui sont l'apanage des malades condamnés à séjourner au lit durant un temps trop long, il dit : « Elles « peuvent, de même que le décubitus aigu, devenir le « point de départ de véritables eschares ; mais ce dernier « se sépare nettement des premières par des caractères « importants qui sont, en premier lieu l'apparition, peu « de temps après le début de la maladie primitive, ou à la « suite d'une brusque exacerbation et, en second lieu, « une évolution très rapide. »

Plus loin, envisageant les cas heureux où la guérison doit survenir, il ajoute :

« Plus tard se développe un travail de réaction, d'élimination, suivi, dans les cas heureux, d'une période de « réparation, trop souvent entravée dans son développement. »

N'est-ce pas là, trait pour trait, ce que nous avons vu se produire au cours de cette étude, et si l'on a le droit de

conclure par analogie, n'avions nous pas raison de dire à la fin du chapitre précédent, que les symptômes cliniques n'étaient en quelque sorte que la signature tangible de l'hypothèse d'eschares par troubles trophiques à laquelle nous nous rattachons?



Diagnostic. — Pronostic et Complications

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic ; il s'impose dès qu'on a vu la lésion.

Mais le pronostic mérite de nous arrêter. Ici les analogies que nous avons montrées jusqu'ici entre le décubitus acutus tel que le conçoit Charcot et les eschares sacrées chez les hysterectomisées disparaissent. Calquées en quelque sorte sur lui à leur origine et aux diverses phases de leur développement elles s'en séparent en ce qui concerne leur terminaison.

On sait la gravité que présente en pathologie nerveuse l'apparition du décubitus acutus.

Le décubitus acutus consécutif à l'hysterectomie vaginale au contraire est d'un pronostic essentiellement bénin. Sur les 15 cas que nous avons pu réunir, la mort n'est survenue qu'une fois et bien que l'autopsie n'ait pu en établir péremptoirement la cause, il serait excessif peut-être de la mettre sur le compte exclusif de l'eschare sacrée.

Mais cette différence dans le pronostic suffirait-elle à elle seule, pour détruire l'analogie existant entre les deux affections ?

Nous ne le pensons pas. Le décubitus acutus n'est en somme qu'un syndrome et il tire avant tout sa gravité de la cause qui le produit. Quand il est sous la dépendance

d'une lésion grave par elle-même des centres nerveux, il est naturel que la mort soit sa terminaison normale. Dans les cas au contraire où il est sous la dépendance d'une lésion nerveuse locale d'origine périphérique, comme nous avons essayé plus haut de le montrer à propos de la question qui nous occupe, on ne saurait trop s'étonner de le voir guérir. Or, nous avons vu que Charcot lui-même admettait l'origine possible du *décubitus acutus* dans ces conditions.

Il va de soi que l'on serait en droit de redouter les complications dont parle Charcot : intoxication putride, infection purulente, embolies gangréneuses. Fort heureusement une antiseptie rigoureuse permet de les éviter. Elles sont néanmoins possibles, quoique très rares.

La seule complication imputable à l'eschare que nous ayons pu relever dans les observations a été un phlegmon de la fesse (Observation XIII).



Traitement

Nous n'insisterons pas sur le traitement. Il doit être d'abord prophylactique. On aura donc soin de surveiller la région et dès l'apparition des moindres menaces on mettra la malade sur un coussin de caoutchouc rempli d'air ou de liquide.

L'eschare une fois constituée, tout en maintenant la malade sur ce coussin, il suffira de faire des lavages et des pansements antiseptiques renouvelés aussi souvent qu'il en sera besoin. Un topique fréquemment employé dans le traitement des eschares trouverait ici son indication; nous voulons parler de la poudre de Lucas Championnière.

Enfin il ne faudra pas négliger de relever l'état général et de soutenir les forces de la malade par tous les moyens usités en pareil cas.



OBSERVATIONS

Observation 1

Terrier et Hartmann. Revue de chirurgie, 1892

M^{me} Camaly (Marie), femme Manarial, 24 ans, entre dans le service de M. Terrier, le 6 février 1888, pour un épithélioma du corps de l'utérus.

Antécédents. — Père et mère bien portants, huit frères et sœurs bien portants. Tœnia à onze ans.

Réglée à quinze ans régulièrement dès le début. Mariée à vingt ans. Six mois après le mariage les règles ont cessé pendant quatre mois, au bout desquels des pertes survinrent pendant deux mois et se terminèrent par l'accouchement d'une masse charnue molle dans laquelle on pouvait voir des masses gélatineuses, tremblotantes, en chapelet, analogues à des grains de raisin (suivant l'expression même de la malade). En même temps sécrétion lactée des deux côtés.

A la suite les règles sont revenues très régulièrement pendant huit mois. Et de nouveau cessation complète des règles avec maux de tête, dégoûts, envies de vomir, douleurs aux seins. Cette inter-

ruption dura sept mois. La malade se croyait enceinte. Mais des pertes recommencèrent, peu abondantes mais continuelles, durant deux mois. Au bout de ce temps (neuf mois après la cessation des règles), douleurs comme pour un accouchement et accouchement d'une masse charnue piriforme, du volume d'une grosse orange formée d'un chapelet de vésicules translucides réunis en masses (20 janvier 1887). La comparaison avec la grappe de raisin est encore mieux précisée par la malade.

Puis règles régulières pendant deux mois. Ensuite des retards de douze jours, dix-huit jours.

En juin dernier, les pertes continuelles ont recommencé. Elles ne se sont pas arrêtées — depuis cette époque — peu abondante d'ordinaire, mais avec des caillots et en grande quantité aux moments présumés des règles.

Il y a trois mois, à la suite d'une hémorragie plus sérieuse que de coutume, un médecin consulté conseille à la malade d'entrer à l'hôpital. Elle entre à l'hôpital temporaire, service du Dr Pozzi, et là on lui fait le curetage de l'utérus, 24 novembre 1887. Les pertes ne cessant pas, on lui fit prendre d'abord de la digitale, des potions avec de l'ergotine. On lui fit aussi des piqûres d'ergotine.

Malgré tout, les pertes n'ont fait qu'augmenter en abondance depuis ce temps (sortie le 15 décembre 1887 de l'hôpital temporaire).

Depuis ce temps, pertes abondantes, continuelles. Le sang est un peu décoloré et de mauvaise odeur. La malade a notablement maigri. — Appétit diminué, troubles digestifs marqués (vomissements, dégoût des aliments, etc.).

6 février 1888. — Depuis l'entrée, on soumet le malade à une injection de sublimé 1/1000.

13 février. — Examen au spéculum. Utérus énorme, 8 centimètres remontant environ à 4 centimètres au-dessus du pubis. — La paroi antérieure est plus épaisse que la postérieure. La cavité utérine paraît contenir des fongosités. On introduit une laminaire moyenne.

14 février. — Pertes moindres, frisson d'une demi-heure vers 4 heures du soir.

15 février. — Vomissements alimentaires. Soif vive. Teinte subictérique des conjonctives.

Elle perd très peu.

Examen au spéculum. — La laminaire obstrue complètement l'orifice du col : du sang est retenu dans la cavité utérine. Pendant l'examen et après avoir enlevé la laminaire, écoulement sanguin, rouge artériel, animé de battements appréciables à la vue, et avec une telle abondance qu'il fait penser à un cancer de la muqueuse de la cavité utérine ; lavages antiseptiques, éponge à l'éther iodoformé dans le col, — tampons iodoformés, tampons de ouate sèche.

Frisson violent à midi, quelques instants après l'examen.

16 février. — Elle perd très peu.

17 février. — Quelques saignements de nez pendant la nuit. Frisson le matin.

Portée au spéculum. — Lavages antiseptiques, irrigation intra-utérine. L'écoulement sanguin, de mêmes caractères qu'au dernier examen, est un peu moins abondant : éponge, tampons iodoformés.

20 février. — (Portée au spéculum). — Lavages antiseptiques intra-utérins. Ecoulement sanguin toujours abondant. Odeur de cancer. Eponge, etc.

24 février. — (*Portée au spéculum*). — Lavages antiseptiques. L'écoulement sanguin est presque tari.

Le doigt pénètre facilement dans la cavité utérine et fait sentir une tumeur végétante, ramollie sur la paroi antérieure de l'utérus. On se demande si ce n'est pas un polype putréfié.

Même pansement.

27 février. — Le doigt introduit dans la cavité utérine est entouré de végétations. En recourbant le doigt vers la paroi antérieure, on sent une cavité dans cette paroi.

Dans le ligament large à droite on perçoit l'existence d'une tumeur.

Le cul de sac vaginal antérieur est effacé.

Le sang a l'odeur de putréfaction : irrigations, éponge, tampons iodoformés.

28 février. — Vomissements alimentaires, peu de pertes.

1^{er} et 2 mars. — Vomissements alimentaires.

Portée au spéculum. — Lavages antiseptiques. Odeur infecte. Le col est très dilaté. La dilatation est maintenue par une éponge.

5 mars. — Les pertes continuent. L'état général est très altéré.

7 mars. — Hysterectomie vaginale (MM. Terrier, Quénu). Lavages antiseptiques. La cavité utérine est bourrée d'éponges. Pincés à griffes.

Incision transversale de la muqueuse vaginale, du cul-de-sac antérieur. Décollement avec le doigt de la face antérieure de l'utérus. Adhérences de la face antérieure de l'utérus à la vessie.

Hémorrhagie abondante, éponges.

Incision symétrique en arrière, à 1 centimètre au-dessous de la première. Décollement avec le doigt.

Pince de Museux sur le col. Eponge retirée.

Le doigt est introduit librement en avant et en arrière de l'utérus.

Ligament large tenu sur une pince. Incision aux ciseaux.

Une pince de Museux est mise sur le corps de l'utérus qu'on abaisse. Le doigt à ce moment arrive sur le fond de l'utérus : adhérences détachées. A ce moment la paroi antérieure de l'utérus, très amincie, se déchire sous la pince de Museux et des fongosités s'échappent.

L'utérus est presque sorti. On sectionne le ligament droit sur une pince courbe.

Pincés laissées en place, tampons iodoformés.

Pansement. — 1 heure 10. La malade a perdu beaucoup de sang, surtout au commencement de l'opération.

8 mars. — Très grande agitation dans la seconde moitié de la journée et pendant toute la nuit.

Pas de vomissements.

9 mars. — Le délire persiste, monotone. Plaintes continues. Elle répond assez bien aux questions posées.

Les pincés sont enlevées. Pas d'écoulement sanguin.

10 mars. — Délire. Matières par le vagin.

11 mars. — Délire persistant, facies grippé. Pas d'écoulement sanguin depuis l'enlèvement des pincés. Matières par le vagin.

La malade ne prend qu'un peu de lait et de bouillon.

13 mars. — Un peu plus de calme.

14 mars. — Id. Eschare au sacrum.

17 mars. — Les matières ne sortent plus par le vagin qu'en très petite quantité. Alimentation difficile.

L'eschare au sacrum est très profonde et presque de la largeur de la main.

21 mars. — Flot de pus par le vagin à deux reprises dans la journée d'hier.

Malade très affaiblie.

22 mars. — L'écoulement de pus par la vulve est presque continuel. Très affaiblie. Tousse. Nouvelle eschare en formation au niveau du trochanter gauche.

23 mars. — Diarrhée depuis cette nuit. Les matières sortent de nouveau par la vulve. Tousse un peu. Rien à l'auscultation du poudmon. Traitement de la diarrhée par le bismuth, le lait, l'eau de chaux, la viande crue.

28 mars. — Plus de matière par la vulve.

9 avril. — Se lève, va mieux.

12 avril. — Sort sur sa demande. Ne perd plus de matières par la vulve. L'eschare au sacrum n'est pas guérie.

La malade meurt chez elle le 26 mai 1888 d'accidents cérébraux.

L'examen de la pièce a été fait par M. le Dr Poupinel.

Description macroscopique. — Utérus très volumineux ayant conservé dans son ensemble la forme de l'organe normal, mais avec des proportions très augmentées. On observe à la surface du corps de l'utérus des bosselures violacées superficielles au nombre d'une dizaine environ, de dimensions variables, donnant à cette portion de l'utérus un aspect marronné. La section du ligament large droit a porté sur une masse néoplasique friable dont une portion a dû rester en place ou être pincée et éliminée ultérieurement. Au niveau de la corne utérine gauche on remarque une section incomplète de la corne ; la pince a dû être reportée plus loin sur le ligament large et la section définitive a été faite

plus en dehors. Malgré cela, au niveau de l'orifice utérin de la trompe la section paraît avoir porté en plein néoplasme.

Le col est déchiqueté. La muqueuse, au pourtour de l'orifice du col, bien que déprimée par plusieurs cicatrices, paraît lisse et normale à l'œil nu. Le tissu du col est absolument friable et a été complètement dilacéré pendant l'opération.

A la coupe, la muqueuse du col paraît saine dans la plus grande partie de son étendue ainsi que celle de la cavité du corps. Celle-ci en un point au niveau de la corne gauche, donne implantation à une masse violacée, de consistance mollassse, légèrement crevassée, présentant le volume d'une noix et exhalant une odeur infecte ; cette masse néoplasique paraît englober toute l'épaisseur du tissu utérin. Elle est indépendante d'un autre noyau néoplasique qui occupe l'extrémité utérine de la trompe, d'autres masses néoplasiques correspondant à chacune des bosselures de la face externe du corps de l'utérus.

Définition histologique. — Epithélioma pavimenteux lobulé.

Observation 2

Terrier et Hartmann. — Revue de Chirurgie, 1892.

M^{me} Garnier (Henriette), femme Brogeny, âgée de 34 ans, entre le 17 juin 1889, dans le service de M. Terrier, pour un épithélioma du col.

Réglée à quinze ans et demi, cette malade s'est mariée à seize ans et trois mois ; elle a eu sept enfants à terme, le premier, à l'âge de dix-sept ans, le dernier, il y a quatre ans. Six de ces

enfants sont morts entre 4 mois et 5 ans. Pas de fausses couches ; pas de complications à la suite des accouchements qui ont été normaux.

Les règles, qui au début venaient régulièrement durant dix à douze jours, apparaissent depuis une dizaine d'années d'une manière un peu irrégulière. tantôt avançant, tantôt retardant, avec une tendance à retarder toutefois ; elles ne durent plus que quatre à cinq jours en général. Elles n'ont jamais contenu de caillots et ne sont jamais accompagnées de douleurs.

Il y a huit ans environ, les règles se sont arrêtées au bout de quelques jours, ont reparu après huit jours d'interruption, coulant à peine et se sont complètement arrêtées à la suite d'un bain de pied. Ces troubles menstruels furent suivis de douleurs abdominales qui la tinrent alitée pendant deux mois environ.

Rien n'avait persisté cependant de ces accidents et la malade se portait parfaitement lorsqu'il y a un an, elle commença, chose qu'elle n'avait jamais eue, à avoir des pertes blanches, comparables suivant son dire, à du lait. Au bout de deux à trois mois, les caractères de cet écoulement se modifièrent et le liquide devint manifestement plus séreux. Depuis six mois, elle perd de temps à autre, du sang pâle, bien différent de celui des règles qui est plus épais, plus rouge et paraît à l'époque habituelle, durant le même temps qu'autrefois.

Dans ces deux derniers mois, la malade a de plus souffert de tiraillements épigastriques, de douleurs de rein, se montrant irrégulièrement, pendant le repos au lit comme pendant la marche. Quelquefois elle éprouve des douleurs abdominales passagères, durant cinq à six minutes, revenant à diverses reprises pendant la journée, paraissant se montrer surtout pendant la station

debout ou la marche et coïncidant en général avec les pertes d'eau roussâtres que nous avons signalées.

Les forces ont depuis deux mois notablement diminuées et il y a eu amaigrissement manifeste, palpitations à la moindre fatigue.

Aucun autre traitement que des injections antiseptiques et des bains.

Rien de particulier à relever dans les antécédents héréditaires de cette malade qui a perdu sa mère d'une occlusion intestinale aiguë et dont le père est actuellement bien portant.

Le 23 juin, la malade perd un liquide d'odeur assez forte, faisant sur le linge de grandes tâches très légèrement teintées en jaune, n'empesant que peu la toile. Le ventre est souple, indolent.

Au toucher, on trouve, dès qu'on entre dans le vagin, une tumeur saillante qui remplit sa cavité, cette tumeur est dure, inégale, occupe la place du col dont on ne peut retrouver l'orifice. Remontant vers la base de cette tumeur, on retrouve la face inférieure du col, saine, débordée par la tumeur ; latéralement, on dépasse aussi facilement le néoplasme ; en arrière, notre doigt est trop court pour atteindre le fond du cul-de-sac postérieur et nous ne pouvons dépasser les limites du tissu morbide. La pression exercée sur celui-ci retentit douloureusement dans les profondeurs de l'hypogastre. Il n'y a pas d'induration des ligaments larges ; l'utérus est mobile et indolent dans ses mouvements.

Aucun trouble de la miction, ni de la défécation ; pas de douleurs irradiées dans les membres inférieurs. Pas de lésions viscérales appréciables. Souffle anémique au premier temps et à la base du cœur. Le soir, léger œdème malléolaire, lié probablement à des varices.

Le 24 juin, après anesthésie par M. H. Delagenière, M. Ter-

rier pratique l'hystérectomie vaginale avec l'aide de M. Hartmann.

La tumeur, saisie avec deux fortes pinces de Museux, est amenée facilement à la vulve. Incision de la muqueuse vaginale sur la face antérieure du col ; décollement de la vessie avec le doigt et ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur avec celui-ci.

Incision de la muqueuse vaginale postérieure ; ouverture du cul-de-sac recto vaginal.

Une pince longue (modèle Terrier) est placée sur le ligament large droit que l'on sectionne ; l'utérus est amené en dehors ; le ligament long gauche est saisi entre les mors d'une longue pince, puis sectionné. Comme la pince droite est un peu haut et paraît pincer de l'épiploon, on place en dehors d'elle une autre pince du même modèle qu'on enfonce un peu moins, puis on retire la première.

La muqueuse vaginale postérieure saignant un peu au niveau de sa section, les pinces à pression sont placées et laissées à demeure.

On fait avec quelques éponges montées la toilette du péritoine pelvien qui ne contient, du reste, pas de sang.

Pansement avec 3 tampons iodoformés placés à l'intérieur du vagin, plaque d'ouate au salol, un bandage en T.

L'opération a duré 25 à 30 minutes.

25 juin. — A part quelques vomissements, la malade va bien ; le ventre est légèrement météorisé ; un peu sensible à la pression dans sa partie inférieure ; le facies légèrement péritonéal.

26 juin. — Même état. On enlève les petites pinces placées sur la muqueuse vaginale postérieure et la pince qui tenait le ligament large du côté gauche. Un peu de suintement sanguin se produisant à ce moment, on laisse la pince du côté droit.

27 juin. — Même état. Le léger suintement sanguin qui

avait suivi l'ablation de la longue pince du ligament large gauche s'est presque immédiatement arrêté. On enlève aujourd'hui la pince du ligament large droit.

28 juin. — Les vomissements ont cessé; le facies est bon, on enlève les tampons vaginaux.

A partir de ce moment la malade recommence à manger et, n'était une eschare déjà constatée hier sur chacune des deux fesses, elle n'accuserait plus aucun trouble.

Le 16 juillet elle quitte l'hôpital, portant encore sur la fesse gauche une plaie plate, bourgeonnante, qui a suivi la chute de son eschare.

Le 25 juillet nous la revoyons en parfait état, la plaie de la fesse n'étant cependant pas encore complètement cicatrisée.

Observation 3

Terrier et Hartmann. Revue de chirurgie 1892.

M^{me} Masson (Marguerite), femme Roland, âgée de 39 ans, entre le 21 juin 1889 dans le service de M. Terrier, pour un épithéliome du col.

La malade a été réglée à 12 ans, sans aucun antécédent. Les règles ont immédiatement été régulières, revenant tous les mois, durant cinq à six jours, coulant abondamment et contenant des caillots.

Rien de particulier à noter dans les antécédents, héréditaires ou personnels. La malade a eu cinq enfants, le premier à 17 ans, le dernier à 24; les couches ont été bonnes : une seule, la

deuxième, s'est accompagnée d'une hémorrhagie abondante. Pas de fausses couches. Des cinq enfants un seul est vivant, le premier, qui a été élevé par la mère ; les quatre autres sont morts en nourrice.

Jusqu'à ces derniers 18 mois, la malade n'avait jamais rien éprouvé de spécial du côté de l'utérus, lorsqu'elle fut prise de pertes qu'elle comparait à de l'eau rousse, mélangée d'humeurs, sans que jamais le liquide contint de glaires véritables.

Les règles, tout en continuant à venir régulièrement, s'étaient un peu rapprochées et paraissaient toutes les trois semaines. De plus, lorsque la malade se levait ou lorsqu'elle se fatiguait un peu, il venait du sang rouge, mais en petite quantité.

23 juin. — Au toucher vaginal, on constate l'existence d'une tumeur inégale, dure remplissant le vagin. On ne retrouve qu'avec peine l'orifice du col situé en arrière du néoplasme et limité par une lèvre postérieure en apparence saine.

En avant, à droite et en arrière, on retrouve le vagin, sans cependant atteindre le cul-de-sac.

L'utérus est mobile, indolent.

Par le palper combiné au toucher on ne trouve pas de tumeur latérale à l'utérus, ni de douleurs en aucun point.

Ces diverses explorations ne déterminent pas d'écoulement sanguin ; c'est à peine si l'on ramène avec le doigt quelques mucosités teintées en rouge.

Il n'y a pas de troubles de la miction, ni de la défécation ; la malade mange et digère bien ; les viscères ne présentent rien d'anormal.

Le teint est d'une pâleur mate, mais la malade est encore grasse, vigoureuse et nullement cachectique.

28 juin. — Anesthésie par M. Delegenière. Aide, M. Quénu.

Le col, saisi avec des pinces de Museux, est facilement amené à la vulve. M. Terrier incise la muqueuse vaginale sur la face antérieure du col et libère avec le doigt, aidé des ciseaux, le col de la vessie. Le cul-de-sac péritonéal antérieur est ouvert avec les ciseaux. Le doigt pénètre facilement dans la cavité péritonéale.

La muqueuse est alors incisée sur la face postérieure du col ; le péritoine ouvert avec les ciseaux. Le doigt pénètre dans la cavité péritonéale et déchire quelques adhérences celluleuses à gauche.

Une pince longue, articulable, est placée sur le ligament large du côté droit. En s'assurant avec le doigt que cette pince n'a rien saisi d'autre que le ligament large, on sent au niveau de son extrémité entre ses mors quelque chose de dur, l'ovaire probablement. La pince est alors desserrée, amenée un peu plus au dehors, puis resserrée.

Une deuxième pince est placée sur le ligament latéral gauche qui se laisse assez difficilement abaisser.

Les ligaments sont alors sectionnés. A droite, une artère du haut du ligament large, mal comprimée, donne un jet de sang. On ne la saisit qu'avec difficulté et en plaçant une série de pinces à forcipressure. Pas de pince sur les incisions vaginales, antérieure et postérieure qui ne saignent pas.

Toilette du péritoine avec des éponges montées qui ne ramènent pour ainsi dire pas de sang. Tampons iodoformés ; ouate au salol.

Soir. — Le ventre est souple, indolent ; il n'y a pas eu d'écoulement sanguin ; la malade se plaint surtout de douleurs de rein. Vomissements biliaires ; 37° 5.

29 juin. — Quelques douleurs abdominales. Léger météorisme ; encore des vomissements, mais rares et peu abondants. Il

a coulé dans le pansement un peu de liquide séreux ; 37° 3 et 37° 5.

30 juin. — La malade a encore vomi deux fois cette nuit ; le ventre est toujours légèrement météorisé, bien qu'indolent à la pression. Ablation des pinces ; 38° 2.

Soir. — A midi, l'infirmière veut sonder la malade ; elle ne retire pas une goutte d'urine de la vessie ; elle pense alors qu'il y a eu miction au moment de l'ablation des pinces. Mais vers une heure la malade se plaint de sentir quelque chose de chaud couler ; elle croit qu'elle saigne, fait appeler la surveillante qui constate que les urines coulent par le vagin ; 38° 2.

Les jours suivants, l'écoulement continue, le météorisme et les douleurs cessent ; mais le 10 juillet on constate le développement sur les fesses d'eschares très étendues. A ce moment, la malade, tout en continuant à perdre une partie de ses urines, a des mictions volontaires.

L'incontinence d'urine va du reste en diminuant graduellement, et lorsque la malade quitte la salle le 20 juillet, elle ne perd plus que quelques gouttes de liquide ; mais les plaies résultant de la chute des eschares fessières sont loin d'être cicatrisés.

Le 25 juillet nous la revoyons ; elle perd toujours un peu d'urine par le vagin, les plaies fessières ne sont pas encore cicatrisées. En examinant la malade on sent, au fond du vagin et à gauche, une induration correspondant à la fitulette vésicale (noyau néoplasique ? induration inflammatoire autour de la fistule ?), on penche pour un noyau néoplasique.

Cette hypothèse s'est confirmée par ce fait qu'en fin août la fistule ne laisse plus passer d'urine alors qu'en même temps le bourgeon induré a grossi.

Depuis lors la fistule s'est rouverte, la récurrence s'est caracté-

risée, la malade s'est cachectisée peu à peu et est morte le 20 août 1890.

Observation 4

Terrier et Hartmann, *Revue de chirurgie*, 1892.

M^{me} Corbières, Marie, 63 ans, entre le 18 juin 1889 à l'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier, pour un épithélioma intracervical.

Cette malade formée à 14 ans, a toujours été réglée régulièrement, les règles coulaient deux ou trois jours sans douleurs ni caillots; à 51 ans, après une perte abondante, elles se sont définitivement arrêtées.

Le début des accidents qui amènent la malade à l'hôpital, remonte à 18 mois, Jusques là elle n'avait jamais rien éprouvé du côté de l'utérus. A cette époque, elle commença à être prise de pertes, qui n'ont jamais cessé et qui se produisent d'une manière spéciale, qu'elle précise très bien.

Tous les huit ou quinze jours en général, quelquefois à des intervalles plus grands, de trois semaines, elle est prise de douleurs dans les fosses iliaques et dans les reins; ces douleurs vont augmentant pendant 24 ou 36 heures, au bout desquelles elle a une véritable perte, qui ne dure qu'une heure et demie en moyenne, mais qui est suffisamment abondante pour l'obliger à se garnir et à changer plusieurs fois les serviettes pendant ce court espace de temps. Cette perte est constituée par un mélange de sang et de matières comparables à du blanc d'œuf, le tout d'une odeur in-

fecte. Dès que la perte est terminée, les douleurs cessent complètement et il y a une sensation de bien être très réelle.

En dehors de ces écoulements périodiques, la malade perd constamment un peu d'eau rousse, et même, depuis trois ou quatre mois des pertes rouges à peu près continues.

Depuis le début de ces accidents, c'est-à-dire depuis dix-huit mois, la malade a considérablement maigri; il y a cinq mois, elle a eu pendant quelque temps des mictions fréquentes et douloureuses, et il y a deux mois elle a été prise de rétention d'urine ayant nécessité le cathétérisme pendant dix jours.

Rien de particulier à relever dans les antécédents. Deux accouchements faciles, à terme, sans accidents, l'un à l'âge de 30 ans, l'autre à l'âge de 33 ans.

20 Juin. — Le ventre est souple et le simple palper abdominal ne permet de rien constater. Au toucher vaginal, le col est abaissé, assez près de la vulve et regarde en avant, l'utérus est en rétroversion légère. Ce col est dur, à un contour régulier, lisse, dans sa cavité, qui admet l'extrémité du doigt, on sent des bourgeons assez durs et inégaux. Il est mobile; mais au niveau des culs-de-sacs latéraux, le doigt perçoit une certaine résistance surtout marquée à droite (évasement de l'utérus? infiltration des ligaments larges?)

L'examen au spéculum montre que la cavité du col est remplie de bourgeons arrondis, un peu irréguliers cependant, rongés, ulcérés, qui font saillie jusqu'au niveau de son orifice externe.

La malade est pâle, à chairs flasques; elle a néanmoins bon appétit et n'accuse aucun trouble ni de la miction, ni de la défécation.

8 Juillet. — L'anesthésie est faite par M. Delagénère. L'opération est pratiquée par M. Terrier avec l'aide de M. Hartmann.

Le col, saisi avec les pinces de Richelot, se laisse facilement abaisser, mais il est comme pris dans une boutonnière, formée par la partie profonde du vagin trop étroite pour se laisser renverser complètement. La muqueuse vaginale, qui recouvre la face antérieure du col, est incisée, le doigt décolle la vessie et ce décollement est poussé extrêmement loin. Une étendue correspondant à la longueur totale du doigt est décollée que le cul-de-sac péritonéal n'est pas encore ouvert ; à ce moment cependant on perçoit la résistance du cul-de-sac. On le crève avec l'extrémité d'une longue pince à pression, puis on le déchire à droite et à gauche avec l'extrémité de cette pince.

La muqueuse vaginale qui recouvre la face postérieure du col est alors incisée ; le cul-de-sac ouvert, le doigt déchire quelques adhérences de la face postérieure de l'utérus.

Une pince longue, courbe, articulable, est placée sur le ligament large du côté gauche, qui est sectionné peu à peu avec des ciseaux mousses. Une deuxième pince est placée sur le ligament du côté droit qu'on sectionne à son tour.

On essaie alors, mais en vain, d'extraire l'utérus ; recherchant si tout a bien été sectionné, on constate que la partie supérieure du ligament large du côté droit n'a pas été coupée.

Cette dernière section faite, on cherche à attirer l'utérus au dehors ; le col se dégage ; des pinces à traction de Richelot sont alors placées au niveau de l'isthme devenu abordable ; mais celui-ci s'écrase sous la pression des pinces et laisse écouler de la sanie-cancéreuse. On arrive cependant à placer une pince de Museux sur la partie inférieure du corps qui est volumineux, régulier et lisse, et, bien qu'avec peine, on extrait l'utérus.

5 pinces à pression sont placées sur l'incision vaginale postérieure ; l'incision antérieure ne saigne pas.

Toilette du péritoine avec des éponges montées qui reviennent à peine teintées. Tampons iodoformés.

L'opération a duré cinquante minutes.

La malade est reportée dans son lit, un peu froide ; elle reste plusieurs heures très affaissée. Nous la revoyons six heures après l'opération ; elle est très bien.

9 Juillet. — Pas de vomissements depuis l'opération, facies très bon ; la malade demande à manger.

10 juillet. — On enlève les pinces, la malade se lève et va se promener, on la retrouve sur la terrasse de la salle.

Depuis ce jour la malade mange et boit comme tout le monde sans qu'à aucun moment il ait été possible de la tenir complètement alitée. C'est à peine si le 10 et le 11 elle a présenté un très léger degré de météorisme abdominal, et le 13 une petite eschare au sacrum.

Elle sort guérie le 29 juillet.

Un an après elle a été reprise de métrorrhagie. Elle souffrait et s'affaiblissait déjà depuis quelque temps. Elle est morte en septembre 1891.

Examen de la pièce. — Toute la cavité du col est occupée par une masse bourgeonnante qui s'étend jusqu'au-dessus de l'isthme, détruisant en grande partie le muscle utérin à ce niveau. La cavité du corps est très dilatée, la paroi musculaire très hypertrophiée.

L'examen histologique fait par M. Lieffering, externe du service, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

Faible grossissement. — La muqueuse est transformée en tissu aréolaire. Les alvéoles sont les uns vides, les autres tapissés d'une couche épaisse de cellules laissant une large ouverture centrale ; par places, la couche épithéliale se déplace comme une la-

melle de la paroi alvéolaire et flotte dans l'aréole. La couche musculaire est envahie par ces productions adénomateuses. Les faisceaux musculaires sont dissociés par elle et parcourus de bandes épaisses de tissu conjonctif inflammatoire. Ce tissu conjonctif, en général adulte, est au niveau des parties voisines de la muqueuse, encore à l'état embryonnaire.

Fort grossissement. — Les alvéoles sont tapissées de cellules cylindriques disposées en plusieurs couches. Les plus externes sont nettement cylindriques, les internes sont en voie de dégénérescence. Cellules présentant un gros noyau ovalaire.

Observation 5

Terrier et Hartmann, Revue de chirurgie, 1892.

M^{me} Blain, âgée de 41 ans, entre le 20 août 1890, à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 72 ans, de vieillesse, mère morte à 52 ans d'une affection utérine de nature mal déterminée. Une sœur de 53 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance, sauf un érysipèle de la face à l'âge de dix ans. Réglée à dix ans et demi sans accident; les règles abondantes, mais indolentes, durant quatre à cinq jours, sont toujours venues régulièrement. A 27 ans, met au monde un fœtus mort-né, de six mois, après une grossesse pendant laquelle les règles ne s'étaient jamais interrompues. Pas d'autres grossesses.

Il y a cinq ans opérée à Londres d'une tumeur du sein.

Thésée

gauche. Guérison. Cicatrice de trois centimètres en dehors du mamelon gauche.

Il y a deux ans et demi apparurent des métrorrhagies d'abord espacées, puis presque continues, qui l'affaiblirent considérablement.

En juillet 1890, les pertes devenant extrêmement abondantes, elle entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Peyrot, qui lui fait un curetage.

Les pertes sanguines diminuent un peu sans s'arrêter cependant complètement. Il existe des douleurs abdominales et, lorsque la perte rouge diminue un peu, un écoulement jaunâtre, d'odeur fétide.

Aussi, la malade entre-t-elle à l'hôpital Bichat.

Malade amaigrie à un degré extrême, presque cachectique. Ecoulement séro-purulent d'odeur infecte du col qui est sain. — Utérus gros, mais mobile.

Nous dilatons l'utérus avec des lamineires et faisons le toucher digital qui nous montre une face interne d'utérus inégale et mamelonnée, saignante.

Le 28 août, hysterectomie par M. Reymond, interne du service. Incision des culs-de-sac. Première pince longue droite est placée sur le ligament large gauche. Section de la partie inférieure de ce ligament. Deuxième pince au-dessus, section de la partie supérieure du ligament. Après avoir attiré l'utérus au dehors, on place sur son bord droit une pince longue et libère l'utérus entièrement.

L'opération simple n'a pas duré vingt minutes. Elle a été faite sous un courant d'eau additionnée de liqueur Van Swieten.

Guérison apyrétique, sans autre incident qu'une eschare au sacrum.

La malade reprend les forces et la santé, elle engraisse et se porte très bien jusqu'en mars 1891. Elle est prise à ce moment de symptômes d'occlusion intestinale chronique pour lesquels elle entre dans le service de M. Terrier ; ces accidents cessent spontanément et la malade quitte l'hôpital trois semaines après, de nouveau bien portante.

Le 17 septembre, nous la revoyons en parfaite santé ; le fond du vagin est souple et sans la moindre induration.

L'examen histologique de la pièce, fait par M. Lieffering, a montré qu'il s'agissait d'une métrite chronique hypertrophique.

Dilatation des glandes, — allongement. — Paroi glandulaire épaissie. Epithelium normal dans certaines glandes, en voie de dégénérescence granulaire dans d'autres, surtout au niveau des culs-de-sac.

Par places, la glande est complètement détruite et l'on trouve à ce niveau des cellules embryonnaires inflammatoires.

Le corps musculaire présente une hyperplasie conjonctive notable. — Elle était à remarquer également au niveau de la muqueuse.

Observation 6

Baudron in thèse

Marie Jam..., âgée de 29 ans, entre à la maison municipale de santé le 15 août 1890, chambre 3 bis.

Réglée à 12 ans d'une façon régulière, la malade n'a jamais eu, ni grossesse anormale, ni fausse couche.

Au mois de janvier 1890, les règles furent extrêmement douloureuses. Les mois suivant elles redeviennent normales, mais au mois de juin elles s'accompagnèrent de souffrances tellement vives que la malade dut s'aliter. Un médecin diagnostique une colique hépatique et envoie la malade à la maison municipale de santé dans un service de médecine d'où elle passe en chirurgie le 15 août.

Depuis le mois de juin les règles sont survenues normalement, il n'y a pas eu de métrorrhagies. La malade dont l'état général est excellent, se plaint d'une douleur vive dans la région des annexes droites, douleur qui résiste au repos.

Examen local. — L'utérus antéfléchi mesure 8 cm. 1½. Le col est attiré en arrière par des brides qui remplissent le cul de sac de Douglas. Le cul de sac latéral droit est effacé par une tumeur du volume d'une grosse orange, absolument immobile et séparée de l'utérus par un sillon très net. Cette tumeur est peu douloureuse. Elle est d'une consistance dure, presque ligneuse. Les annexes gauches sont nettement augmentées de volume.

Etat général très bon, pas de fièvre.

Les lésions des annexes gauches ayant été reconnues sous chloroforme on conclut à l'hystérectomie vaginale.

Diagnostic : Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale le 23 août 1890.

L'utérus est enlevé par morcellement en trois étapes. On tombe à droite sur une poche tellement adhérente qu'après l'avoir évacuée des caillots sanguins qu'elle renferme, on est contraint de la laisser en place.

L'ovaire gauche, très adhérent et bourré de kystes est enlevé ainsi que la trompe, dilatée comme l'index, et remplie de pus.

Huit pinces à demeure.

L'opération a duré 35 minutes.

Suites opératoires. — Jusqu'à l'ablation des pinces qui ont lieu après 48 heures, la malade fut très agitée et eut des vomissements incoercibles.

Le 3^e jour selle abondante (lavement) ; la malade urine seule.

Les tampons sont enlevés le 5^e jour.

La température s'élève à 38° le soir jusqu'au 7^e jour.

Le pouls, à 120 les deux premiers jours tombe, au-dessous de 100, les pinces enlevées.

La guérison fut retardée par une large eschare au sacrum qui fut constituée le 5^e jour.

La malade se lève au bout de 4 semaines et quitte l'hôpital guérie le 28 octobre.

Dernières nouvelles en janvier 1894. Etats local et général parfaits. Pas de bouffées, se plaint de trop engraisser.

Observation 7

Gitton in th. Baudron

La nommée Frér. . . Marie, âgée de 36 ans, entre à la maison municipale de santé le 11 avril 1891, chambre n° 10.

Elle a été réglée à 11 ans très régulièrement et s'est mariée à 19 ans. Elle a fait une fausse couche de trois mois à 19 ans 1/2 et deux grossesses à terme à 21 ans et à 30 ans.

Depuis son dernier accouchement elle a une leucorrhée abondante, les règles sont irrégulières, très abondantes et douloureuses.

Cet état s'est surtout aggravé depuis un an, malgré un traitement médical suivi avec persévérance.

Elle entre à la maison municipale de santé le 11 avril 1891.

Examen. — Utérus très gros, mais mobile. Hystéromètre : 8 cm. 5. Col gros entr'ouvert admettant l'index.

Les annexes sont très douloureuses et ont le volume d'une mandarine.

Diagnostic. — Salpingo ovarite double. Hysterectomie vaginale le 16 avril 1891.

Incision du cul-de-sac postérieur et examen des annexes qui sont reconnues malades.

Morcellement facile en trois étapes. Ablation complète des annexes. Les trompes ont le volume du petit doigt et ont des parois très épaisses. Les ovaires ont le volume d'une noix. Ils sont remplis de kystes et très œdématisés.

Durée de l'opération : 20 minutes. 12 pinces à demeure.

Suites opératoires. — Réaction considérable du pouls, qui s'élève à 150 le soir du 4^e jour, à 140 les 2^e, 3^e et 5^e jours. La température s'élève à 38°4 le soir du 4^e jour et à 39° le soir du 5^e. A partir du 5^e jour le pouls et la température redeviennent normaux.

Vomissements abondants jusqu'à l'ablation des pinces au bout de 48 heures. Selle abondante à la suite d'un lavement. Elle urine seule le 4^e jour.

Le 4^e jour la malade se plaint d'une douleur au niveau du sacrum. On constate la présence d'une plaque rouge de la dimension de la main, au niveau de la région sacrée, empiétant sur la fesse gauche. Le lendemain une eschare profonde est constituée.

Aucun autre incident ne vient entraver la convalescence. La plaie sacrée met un mois à se cicatriser.

La malade se lève le 24^e jour. Elle quitte l'hôpital le 1^{er} juin

1891 ne souffrant plus. Revue souvent : 1891, 92, 93. Opérée par M. Segond en juillet 1893 pour un polype de l'urèthre. Etats local et général parfaits. Guérison absolue.

Observation 8

Baudron

M^{me} Foup... âgée de 32 ans, entre à la Clinique Baudelocque, le 12 novembre 1892, dans le service de M. le professeur Pinard.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, régulièrement, quelques douleurs au moment des règles.

Mariée en 1887, souffre de fortes douleurs dans la fosse iliaque droite.

En 1888, accouchement par M. Champetier de Ribes, à l'aide du forceps au 8^e mois de sa grossesse à la suite d'une chute, reste quelques jours au lit et perd un peu de sang. A ce moment on observe une tumeur. Retour de couches normal au bout de 6 semaines. Constipation opiniâtre d'habitude. Le 21 novembre 1888, est opérée par M. Labbé qui lui retire par laparotomie une trompe ressemblant, dit la malade, à un petit éléphant ? Elle souffre toujours dans le côté droit, se plaint d'une sensation de poids sur le rectum.

Au mois d'octobre, péritonite.

Examen. — A son entrée dans le service 12 novembre 1892, elle souffre énormément du côté droit.

L'utérus est gros. Pesanteur dans le petit bassin et sur le rectum. Les annexes droites forment une tumeur très adhérente à l'utérus.

Hysterectomie vaginale, le 11 décembre 1892. — Morcellement et évidement. Au niveau de la corne utérine, fibrome du volume d'un petit œuf ; la trompe gauche du volume du pouce, contient du pus non fétide.

4 pinces, durée 20 minutes.

Suites opératoires : nulles.

A noter le 3^e jour, la production d'une eschare sacrée droite, décubitus aigu. Ablation des pinces après 48 heures, des tampons le 3^e jour.

Aucun incident. — La malade se lève le 21^e jour et part complètement guérie pour le Vésinet au bout de six semaines.

Revue en février 1894. — Etats général et local parfaits.

Observation 9

Le Masson in thèse Baudron

La nommée R... Marie, âgée de 19 ans, entrée le 10 janvier 1893, à la Clinique Baudelocque, service de M. le Professeur Pinard.

Antécédents. — Premières règles à 15 ans, régulières. Ecoulement peu abondant. Peu douloureuses. Durée 2 jours. Pas de fausse couche. Une grossesse gémellaire de 7 mois. Accouchement le 10 janvier 1893, sans accidents ni complications. (Clin. Baudelocque).

Le 13 janvier, c'est-à-dire 3 mois après l'accouchement, la malade est prise brusquement d'une fièvre intense (40°3). En même temps douleurs vives dans la fosse iliaque droite et métrorrhagies assez abondantes.

Traitement. — Pavillon d'isolement. Application de 12 sangsues. Irrigations continues. Biiodure de Hg.

L'état subaigu continue jusqu'au 7 février. A ce moment la température redevient normale, l'état général est satisfaisant. Pendant cette période le toucher révèle la présence d'un utérus immobile, enclavé. Les culs-de-sac latéraux et surtout postérieurs semblent être remplis par une collection purulente assez abondante.

L'intervention est remise pour permettre à la malade de remonter son état général.

Diagnostic. — Pyosalpinx double. Péri-péritonite suppurée.

Hystérectomie vaginale le 15 février 1897. — Friabilité exceptionnelle de l'utérus. A aucun moment de l'opération, il n'a été possible de suivre un procédé opératoire quelconque. L'utérus se déchire sous la moindre traction. Ablation complète des annexes gauches, lesquelles sont représentées par une sorte d'éponge purulente sans beaucoup de pus (une cuillerée à café). Ablation à la fin des annexes droites malades enfermées dans des fausses membranes. Opération extrapéritonéale absolue. Tamponnement vaginal avec gaze iodoformée entourant les pinces hémostatiques. Immédiatement après l'opération, injection de 60 gr. de sérum artificiel. Durée une heure. 9 pinces.

Suites opératoires. — Le 15 au soir, état général satisfaisant. Pas de fièvre. Pouls 100. Injections de caféine. Evacuation de matières fécales par le vagin. Fistule recto vaginale.

16 février. — Température monte à 38°6 le matin et 39°6 le soir. Pouls 160, langue sèche. Etat voisin de la septicémie. En présence de cet état, M. Segond fait remplacer la gaze iodoformée qui entoure les pinces. Traitement : sérum 60 gr. Caféine : deux injections de 0 gr. 25 centigr. Champagne glacé.

17 février. — Amélioration de l'état général. Fièvre moins intense. Cependant encore 150 pulsations. Ablation des pinces et de la gaze iodoformée. A partir de ce moment la malade est soumise aux injections de biiodure (6 par jour). Même traitement que la veille.

Du 18 au 22, température vespérale : 39°4. Pouls entre 130 et 120.

22 février. — Formation sur la cuisse droite et la fesse gauche d'abcès multiples au niveau des piqûres produites par les injections de sérum et de caféine. Parmi ces abcès, les uns se terminent par résolution, sous l'influence de pansements humides. Les autres, au nombre de trois, sont incisés (pansements humides). Commencement d'eschare fessière, combattu par pansements humides et matelas d'eau.

28 février. — Le soir, frisson, point de côté; le lendemain, 1^{er} mars, pneumonie. La malade est transportée à l'isolement.

Traitement. — Ventouses, potion, résolution en quelques jours.

7 mars. — La malade est prise de douleurs vives au niveau du pied et de la partie postérieure de la jambe. Œdème assez considérable. Phlébite de la jambe gauche.

Traitement. — Gouttière et légère suspension. Compresse imbibées de chlorydrate d'Az. H3.

13 mars. — En même temps que s'améliore la jambe gauche, la droite se prend à son tour. Un peu d'œdème périmalléolaire. Lésions moins étendues. Même traitement.

Du 15 mars au 9 avril. — Etat à peu près stationnaire. Grande faiblesse de la malade. Anorexie à peu près complète. Anémie. La température oscille le plus souvent autour de 38°. Les

matières fécales continuent de passer, partie par l'anus, partie par le vagin.

10 avril. — A partir de ce moment l'état général devient meilleur, la température est normale et s'y maintient. La phlébite a disparu. La fistule recto vaginale existe toujours.

25 avril. — La malade se lève et commence à marcher. Etat général très satisfaisant. Convalescence.

Du 25 avril au 13 mai. — Amélioration continue, cependant les matières fécales passent toujours par le vagin.

Observation 10

Baudron

M^{me} V..., Irma, 33 ans, entrée le 7 juin 1893 à la Clinique Baudelocque, service de M. le professeur Pinard.

Antécédents. — Premières règles à 11 ans, irrégulières, toujours en avance de 5 à 8 jours. Douloureuses. Écoulement assez abondant. Durée 4 ou 5 jours. Leucorrhée dans l'intervalle. Un enfant. Pas de fausse couche. En 1883, l'année de son mariage, la femme a eu quelques douleurs abdominales et lombaires.

A cette époque, on lui fait porter un pessaire, une ceinture abdominale, probablement pour l'inversion actuellement existante.

En même temps injections, badigeonnages de teinture d'iode. Légère amélioration consécutive. Cette amélioration a persisté jusqu'en 1887. A ce moment l'écoulement menstruel a eu lieu sans accidents ni complications. En 1887, après l'accouchement, la menstruation est devenue irrégulière et abondante. Dans l'in-

tervalle leucorrhée abondante. En même temps, douleurs abdominales et lombaires accusées du côté gauche. L'hiver dernier exagération de ces phénomènes ; un médecin a fait des pointes de feu sur l'abdomen. Malade nerveuse, a des insomnies fréquentes. Troubles dyspeptiques. Vomissements au moment des règles. Dans l'intervalle, pesanteur au niveau de l'estomac. Digestions lentes et pénibles. Inappétence. Constipation ordinaire. Troubles de miction. Pesanteur abdominale précédant la miction. La malade urine souvent et goutte à goutte.

Cœur. — Quelquefois palpitations et essoufflement, mais pas de lésions organiques ; urines normales.

Examen. — Le palper abdominal est excessivement douloureux, surtout sur la ligne médiane et à gauche.

Au toucher, utérus gros en antéversion, presque immobile. Col gros, mou et entr'ouvert. Les annexes des deux côtés sont grosses, douloureuses, surtout celles du côté gauche.

Hystérectomie vaginale le 28 juin 1893.

1^{er} temps, curetage. — L'hystéromètre pénètre de 21 centimètres. Ecouvillonnage.

2^e temps, hystérectomie. — Suivant le procédé habituel, création de deux valves cervicales et ablation, ensuite incision médiane de Doyen et bascule de l'utérus. Décortication des annexes droites. Hémostase très difficile à obtenir. Enfin on vient à bout de l'hémorragie à l'aide d'une longue pince. Ablation des annexes gauches. Au moment de l'ablation de l'écarteur de Péan qui protégeait la paroi rectovaginale apparaît un kyste gros comme une petite orange. Ponction. Liquide citrin. Décortication et ablation.

Examen des pièces. — Utérus notablement hypertrophié, 11 cent. de cavité ; sa coupe ne présente rien de particulier.

Les annexes droites sont doublées de volume, la trompe est

volumineuse (salpingite parenchymateuse), l'ovaire est kystique.

Annexes gauches également doublées de volume. Mêmes lésions de la trompe et de l'ovaire.

Suites opératoires. — Aucune réaction du poulx ni de la température ; sauf le soir du 2^e jour où le poulx est à 120 et la température à 38° 4. Ablation des pinces au bout de 48 heures et des tampons le 3^e jour.

Apparition d'une eschare sacrée grande comme une pièce de 5 fr. le 5^e jour.

Sortie et guérison complète le 26 juillet.

Observation 11

In thèse Baudron.

M^{me} L..., 24 ans, entrée le 24 juillet 1893, à la clinique Baudelocque, service de M. le Professeur Pinard.

Antécédents héréditaires. — Un frère mort de la poitrine à 27 ans.

Personnels. — Jamais de maladie aiguë antérieure, seulement depuis l'âge de 18 ans elle se plaint de troubles dyspeptiques. Douleurs épigastriques. Vomissements alimentaires.

Premières règles à 16 ans, toujours irrégulières. Avance de 8 ou 10 jours. Peu douloureuses, écoulement assez abondant. Durée 5 ou 6 jours. Depuis leur apparition jusqu'à l'époque actuelle, les règles se sont toujours produites dans les mêmes conditions.

Un enfant, pas de fausse couche. L'accouchement a eu lieu en mai 1893, à terme, sans accidents ni complications. Cinq semaines après, la malade eut ses règles. Le mois suivant elles subirent un

retard de 19 jours. pendant toute cette période, douleurs abdominales sourdes, sans douleurs lombaires ni dans les cuisses.

24 juillet. Elle entre à Baudelocque où l'on constate une double lésion des annexes. Le 2 août, (les règles étaient alors terminées) la malade prend un lavement et est prise à la suite de violentes douleurs dans le bas ventre. En même temps la fièvre monte et pendant trois jours oscille autour de 38°, M. Lepage, constate un hématocele.

Hystérectomie vaginale le 9 août 1893.

Incision du cul-de-sac postérieur. Il s'écoule un demi-litre de pus fétide. Les annexes sont reconnus malades des deux côtés. Morcellement très laborieux à cause de l'extrême friabilité de l'utérus. Ablation complète des annexes, trompes remplies de pus, petits abcès de l'ovaire. En voulant saisir sans y voir une fausse membrane avec une pince à dents, M. Segond déchire l'intestin grêle.

Durée 40 minutes, 6 pinces.

Injection pendant trois jours de suite de 40 grammes de sérum. Le lendemain de l'opération la malade a 39°4 le soir et 160 pulsations. au bout de 48 heures, ablation des pinces. Le 3^e jour, ablation des mèches iodoformés. Les matières fécales passent en grande partie par le vagin. Elles sortent moulées par le rectum, liquides par le vagin. Fistule intestino-vaginale.

3^e jour, apparition dans la région sacrée d'une eschare qui est traitée par poudre de tannin et lavage au chloral. Jusqu'à la fin d'août la température oscille entre 37° et 38°, en septembre elle tombe à la normale.

11 octobre, guérison à peu près complète de l'eschare, persistance de la fistule intestino-vaginale.

7 octobre. état général satisfaisant. Guérison complète de l'eschare. La malade part au Vésinet. Fistule persiste.

Observation 12

(Résumée)

Legueu. Congrès de gynécologie, Bordeaux, 1895.

Femme atteinte de suppuration pelvienne bilatérale, consécutive à un accouchement remontant à 18 mois.

L'opération fut particulièrement difficile. L'utérus était solidement enclavé, il était insaisissable. On ne peut l'extraire que par morcellement et il fut impossible, malgré tous les efforts tentés, d'extirper les annexes. On se borna à ouvrir quelques poches non sans avoir auparavant fait des efforts infructueux pour décoller et abaisser les annexes.

Quatre jours après apparaissait au sacrum une eschare de la largeur d'une pièce de 5 fr. qui s'étendit encore et laissa à sa place une large plaie.

Malgré le retard nécessité par la cicatrisation de cette plaie la malade guérit.

Observation 13

(Résumée)

Legueu. Congrès de gynécologie, Bordeaux, 1895.

Femme opérée d'un fibrome par hysterectomie vaginale et qui fut également atteinte d'une eschare sacrée.

Opération assez laborieuse ; le fibrôme remontait à deux doigts au-dessus de l'ombilic, et il y avait en outre une masse du côté droit qui ne voulait pas descendre. L'opération dura 1 heure 1½.

Trois jours après, apparaissait au niveau du sacrum, une eschare qui s'étendit jusqu'à acquérir les dimensions de la paume de la main et plus. Un phlegmon se développa dans la fesse à la suite et sous l'influence sans doute de cette eschare.

Malgré cela la guérison survint.

Observation 14

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. Termet, interne

La nommée R... Anna, âgée de 42 ans, domestique, entre le 30 janvier dans le service du docteur Lucas-Championnière à l'hôpital Beaujon, Salle Laugier, n° 15, pour un fibrôme utérin.

La malade jouissait d'une bonne santé habituelle.

Elle fut réglée à 12 ans, et ses époques furent normales et régulières jusqu'à l'âge de 37 ans.

A 21 ans, elle eut un enfant qui naquit à terme. Il était volumineux et l'on dut faire une application de forceps. On procéda également à la délivrance artificielle. Il n'y eut pas d'hémorragies.

A 22 ans la malade fit, sans cause appréciable, une fausse couche d'environ deux mois.

Depuis cette époque il ne s'était produit rien d'anormal dans sa santé.

Le début des accidents dont elle se plaignait remontait à 5 ans.

A cette époque, la malade avait remarqué que ses règles duraient plus longtemps 8, 10, 12 jours au lieu de 5 comme auparavant. En outre elle perdait beaucoup de sang.

Depuis deux ans, sous l'influence, dit la malade, du froid ou d'une émotion, ses règles apparaissent deux fois dans le même mois.

Pas de douleur à cette époque ; pas de gêne non plus, mais constipation opiniâtre..

Il y a quelque temps, à la suite d'un refroidissement, au dire de la malade, elle ressentit une douleur aiguë dans le ventre, sans irradiations, qui fut suivie d'une métrorrhagie très abondante qui dura six jours.

Les règles étaient survenues huit jours auparavant.

Jamais de pertes blanches.

A son entrée la malade est très anémiée par les métrorrhagies constantes auxquelles elle était en proie. Elle est un peu amaigrie, très pâle.

A l'examen, on sent par le palper une tumeur dure remontant jusqu'à trois doigts au-dessous de l'ombilic, de dimensions assez facilement appréciables à travers la paroi, mobile.

Au toucher, on trouve le col dirigé en arrière et à gauche. Dans le cul-de-sac droit on sent une masse dure, dont la pression est assez douloureuse.

Etat général assez médiocre, appétit mal conservé.

Pas de lésions aux poumons ni au cœur.

Urines normales comme quantité et comme qualité.

La malade est laissée au repos. L'état général se remonte un peu.

Elle continue à avoir des métrorrhagies qui sont combattues

par la poudre de sabine ; mais, vu leur persistance et celle des douleurs, on décide une intervention qui est proposée et acceptée.

Le 19 février, la malade est transférée au pavillon Dolbeau et subit une hystérectomie vaginale par morcellement après anesthésie par le chloroforme. L'opération fut d'une difficulté moyenne et dura environ une heure.

Quatre pinces furent placées sur les ligaments larges ; le vagin fut tamponné à la gaze iodoformée.

La tumeur extraite était un fibrôme et il ne parut pas qu'il y eut jamais eu autour de lui de foyers inflammatoires.

La malade fut reportée dans son lit. Le soir de l'opération elle était dans un état satisfaisant avec 38° de température.

Le 20 février, état satisfaisant. Température 37°6. La malade ne se plaint pas du ventre. Très patiente, elle supporte bien ses pinces. Le soir 37°8.

Le 21 février, la malade est en bon état. Température 37°4. On enlève les pinces. Elle ne souffre toujours pas.

Le soir 37°8. Elle dit se trouver bien depuis l'ablation des pinces.

Les 22 et 23 février, continuation de l'amélioration. La malade déclare aller très bien, elle ne souffre de nulle part. Température normale.

Le 24 février, au matin, l'état général est très bon. Le soir, à la contre-visite, la malade est un peu agitée, fébrile. La température est à 39°. Interrogée, elle déclare se trouver bien, elle ne souffre nulle part. On pense qu'il y a peut-être un peu de rétention derrière son pansement vaginal, aussi :

Le 25 février, le matin, la température étant de 38°, on se prépare à changer le pansement vaginal, et on s'aperçoit en mettant la malade en position qu'elle a une eschare sacrée, à peu

près de la dimension de la paume de la main. La peau y est entièrement détruite, et, tout au tour, les téguments sont un peu rougcâtres, mais sans traces d'inflammation. Le pansement vaginal est changé. L'eschare est pansée avec de la poudre de Lucas-Championnière et la malade remise dans son lit. On la remet sur un coussin d'air pour éviter la compression de l'eschare sur le lit. Le soir, la température monte à 39°.

Le 26 février, la température tombe à 38°2, le matin, et à 38° le soir.

Le 27, elle est à 38°2 le matin, mais remonte à 39°3 le soir.

Le 28 février, la malade a beaucoup décliné. Elle est affaiblie, mais dans un état d'agitation assez considérable. Interrogée, elle répond très bien et dit ne pas souffrir. On pense que l'iodoforme dont est imprégnée la gaze du pansement vaginal peut être pour quelque chose dans cet état, aussi le pansement est-il retiré. Une injection légère est faite pour entraîner autant que possible l'iodoforme et le tamponnement du vagin est fait à la gaze salolée.

Malgré cela, l'état de la malade continue à empirer.

L'agitation devint plus grande. Elle eut du délire, avec agitation, chants et cris.

Le 1^{er} mars, l'état général s'est encore aggravé. Même état délirant. Néanmoins, la malade a conservé quelque lucidité quand on lui parle. Elle répond aux questions avec bon sens et déclare ne pas souffrir.

Son eschare est pansée, ainsi qu'elle l'était d'ailleurs tous les jours. Pas de modifications. Elle n'a aucune tendance à s'étendre.

Le soir malade très mal.

Le 2 mars son état continue à empirer ; il est considéré comme désespéré, et la malade meurt effectivement dans la nuit.

Le 4 mars, autopsie. — Tous les organes sont sains, sauf les

poumons qui présentent un très léger degré de congestion à la base, peut-être d'ailleurs d'origine agonique.

Le péritoine est absolument sain. Toute la tumeur a été enlevée et on ne remarque rien d'anormal du côté du petit bassin.

Les nerfs du plexus sacré ont été disséqués en partie et des échantillons ont été prélevés pour un examen histologique ultérieur.

Malheureusement un accident de laboratoire a empêché qu'il eut lieu, ce qui est très regrettable, car les cas de mort à la suite d'eschare sacrée sont assez rares.

L'autopsie n'a donc pas éclairée la cause de la mort.

Observation 15

Inédite. Due à l'obligeance du Dr Camelot, chef de clinique à Lille.

Marie Cs..., 23 ans, entre à la Charité, à Lille, dans le service de M. le professeur Duret en avril 1896.

Il y a 4 ans, à la suite d'un avortement, elle a présenté une salpingite purulente pour laquelle M. Delbet lui a fait une incision vaginale. Deux ans après, nouvelle poussée douloureuse traitée, dans le service de M. Dubar, par la dilatation utérine. Depuis ce temps la malade a continué à souffrir du côté du petit bassin ; elle avait par moments des crises douloureuses qui la forçaient à se coucher. Elle présentait d'ailleurs des signes de vaginite blennorrhagique.

En mai 1896, elle est prise brusquement de phénomènes graves péritonéaux : fièvre, ballonnement du ventre, vomissements.

Appelé auprès d'elle, je constate des signes de pelvi-péritonite très prononcés et la fais entrer à l'hôpital. L'exploration est douloureuse. L'utérus est fixé, et entouré de masses lobulées très sensibles surtout à gauche. De ce côté, le palper abdominal simple permet de sentir une masse énorme qui remonte à peu près jusqu'à hauteur de l'ombilic. La malade est profondément anémiée.

Le 17 avril, M. Duret pratique l'hysterectomie vaginale.

Vulve étroite de nullipare. Section circulaire autour du col. Ligature des artères utérines, suivie de l'excision transversale du col : le corps de l'utérus immobile ne descend pas du tout. Incision médiane avec un bistouri long ; le fond de l'utérus ne peut davantage être attiré ; on excise l'organe par le morcellement. Au moment où le bistouri dans l'incision médiane a atteint le cul de sac postérieur, il s'écoule une cuillerée de pus fétide. Après extirpation de la matrice les doigts pénètrent dans la partie latérale droite du bassin et amènent avec beaucoup de peine après des tractions laborieuses, une trompe distendue, ayant le volume d'une saucisse, pleine de pus. Le ligament correspondant est pincé, puis lié.

A gauche, la trompe constitue également une masse volumineuse du volume du poing qui occupe surtout le cul-de-sac postérieur. On ne peut arriver à l'extirper, malgré des manœuvres très patientes ; on réussit seulement à en arracher quelques débris. De ce côté persiste le gâteau sous ombilical induré ; on n'y sent pas de poches fluctuantes et comme l'opération a été déjà longue et pénible, on s'en tient là.

Lavage abondant, puis tamponnement à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires ont été graves immédiatement : pouls petit, respiration précipitée, ventre ballonné, vomissements, diarrhée. Au 6^e jour, la sœur du service appelle mon attention sur une

eschare qui s'est développée un peu à droite de la crête sacrée : il y a là une plaque grise molle, grande comme une pièce de 5 fr. déjà limitée par l'ébauche d'un sillon d'élimination. Malgré des pansements soignés, cette eschare se développe considérablement en surface et en profondeur, et au 15^e jour, lorsqu'elle est complètement éliminée, on constate que le sacrum est tout à fait dénudé sur une étendue à peu près grande comme la paume de la main. En même temps persiste un état général grave, infectieux, avec fièvre, balonnement du ventre, diarrhée, vomissements. Au bout de trois semaines les phénomènes généraux cessent, et la cavité sacrée commence à se remplir de bourgeons charnus. Il persiste une plaie sacrée qui ne se cicatrise complètement qu'au bout de sept semaines.

Deux mois après l'intervention, la malade sortait de l'hôpital.

Elle a été revue en mai 1897, plus d'un an après l'opération ; son état général est excellent.

Localement, la masse volumineuse que l'on sentait dans tout le côté gauche du bassin et dans la fosse iliaque correspondante a presque totalement disparu. La malade ne souffre plus du tout.



CONCLUSIONS

1° Le décubitus acutus est une complication rare mais possible de l'hystérectomie vaginale.

2° Les difficultés et la longueur des manœuvres opératoires peuvent avoir une influence sur sa production ; mais cette influence prédisposante paraît moindre que celle qui résulte de la nature ou de l'ancienneté de la lésion qui a nécessité l'intervention. (Cancer, suppurations anciennes et étendues.)

3° Par sa précocité, sa rapidité de formation, sa lenteur de réparation, il est absolument comparable au décubitus acutus d'origine centrale et doit être considéré par suite comme résultant de troubles trophiques d'origine nerveuse.

4° Le pronostic en est bénin.

Vu :

Le Président de la Thèse,

TILLAUX

Vu

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Baudron E. — L'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus. Th. Paris 1894.

Brown-Sequard. — Lectures on the central nervous system. Philad. 1868.

Charcot J.-M. — Leçons sur les maladies du système nerveux. Paris 1875 t. I.

Conyba. — Les troubles trophiques consécutifs aux lésions traumatiques de la moelle et des nerfs. Th. Paris 1871.

Gallard. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes. Paris 1873.

— Leçons cliniques sur les maladies des ovaires. Paris 1881.

Hentle und Pfeüfer's — Zeitschrift für rationnelle Medizin. B d V, Kerchensteiners bericht.

Jaccoud. — Les paraplégies et l'ataxie du mouvement. Paris 1864.

Leguen F. — Des eschares sacrées consécutives à l'hystérectomie vaginale. Congrès pér. de gynéc., d'obst. et de pœdiatrie, 1^{re} session, Bordeaux 1895.

Leprévost. — Congrès français de chirurgie, 6^e session, Paris 1892.

Littre et Robin. — Dictionnaire de médecine, Paris 1865, article *eschare*.

Monod Ch. — Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie. Paris 1894, p. 132.

Morestin. — Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. Th. Paris 1894.

Rayer. — Maladies de la peau, t. I, p. 333.

Richelot. — L'hystérectomie contre le cancer et les affections non cancéreuses. Paris 1894.

Samuel. — Die trophischen Nerven. Leipzig 1860.

Segond. — Le *décubitus acutus*, complication possible de l'hystérectomie vaginale. Revue de gynécologie n° 1, 1897.

— Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de cet organe. Congrès français de chirurgie, 5^e session, Paris 1891, p. 213.

Terrier. — Revue de chirurgie, Paris 1888, t. VIII, p. 349 et 459.

— Bull. et mém. Société de chirurgie 1885, p. 433 et 567 ; 1886, p. 10 et 467 ; 1887, p. 114 et 420.

Terrier et Hartmann. — Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale dans les cas de cancer de l'utérus. Revue de chirurgie t. XII, Paris 1892, p. 295.

Touzé A. — Des dermopathies et des dermonécrosies sacro-coccygiennes. Th. Paris 1883.

Wunderlich. — Pathologie, t. II, p. 285.

